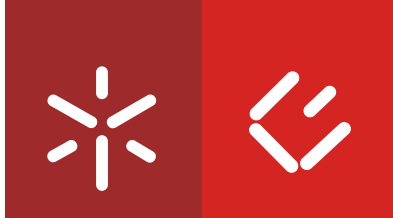


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Carla Cristina Ferreira Coelho

Mudança organizacional e "esvaziamento"
da liderança? Perceção dos enfermeiros
nos cuidados de saúde primários



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Carla Cristina Ferreira Coelho

**Mudança organizacional e "esvaziamento"
da liderança? Perceção dos enfermeiros
nos cuidados de saúde primários**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Regina Maria de Oliveira Leite

abril de 2017

Declaração

Nome: Carla Cristina Ferreira Coelho

Endereço eletrónico: carlafcoelho@gmail.com

Título da Dissertação: Mudança Organizacional e “esvaziamento da liderança?
Perceção dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários

Orientador: Professora Doutora Regina Maria de Oliveira Leite

Ano de conclusão: 2017

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho: ____/____/____

Assinatura: _____

Resumo

A liderança tem sido estudada há várias décadas, contudo não há consenso sobre quais são os fatores influenciadores para atingir uma liderança eficaz. A liderança pode ser definida como um processo interpessoal no qual uma pessoa influencia as atividades de outra ou de um grupo de pessoas no sentido de concretizar as metas da organização a que pertencem.

A liderança em enfermagem foi assumida durante muitos anos pela figura de enfermeiro chefe contudo, com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários deparámo-nos com duas evidências: a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, da qual faz parte o nascimento das Unidades de Saúde Familiares e, em simultâneo, a “diluição” da figura do enfermeiro chefe, pois estas unidades não contemplam a existência de um líder de enfermagem. As Unidades de Saúde Familiar têm um coordenador que, pela legislação, é obrigatoriamente médico.

Depois destas evidências, surge o interesse em conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das Unidades de Saúde Familiares.

Realizou-se um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, transversal e racional. Foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros a exercer funções em Unidades de Saúde Familiares. A amostra é predominantemente do género feminino (77.8%), com uma média etária de 42.8 anos. Os participantes apresentam uma média de 19.6 anos na profissão de enfermagem, com 55.6% da amostra com especialidade de enfermagem e 44.4% já exerceram funções de gestão/liderança em enfermagem.

Da análise dos resultados, verificou-se que os enfermeiros reconhecem a ausência de liderança na enfermagem no seio das equipas das Unidades de Saúde Familiares e que esta traz consequências negativas pela falta de representatividade da profissão, falta de autonomia da enfermagem e sobrecarga de trabalho para os enfermeiros da equipa. Os resultados deste estudo também demonstram que a figura de líder traria vantagens pelos ganhos da equipa de enfermagem, pela melhoria na gestão e pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Abstract

The leadership has been studied for decades, however there is no consensus about which are the factors to achieve an effective leadership. The leadership can be defined as an interpersonal process in which a person influences the activities of another person or a group of people to achieve the goals of the organization.

The nursing leadership was assumed, for many years, by the head nurse figure. However, with the reform of the primary health care were met two evidences: the reorganization of the primary health care, which is part of the beginning of the family health units, and simultaneously, a "dilution" of the figure of the head nurse, because these units do not contemplate the existence of one. The family health units have a coordinator who must be a doctor, by law.

After these evidences, arises the interest about knowing the nurses' perception regarding the absence of the nursing leadership in family health units.

A qualitative, exploratory and descriptive, transversal and rational study was performed. Nine semi-structured interviews were conducted with nurses working in family health units. The sample was predominantly female (77.8%), with a mean age of 42.8 years. Participants presented an average of 19.6 years in the nursing profession, with 55.6% of the sample with nursing specialty and 44.4% have already performed nursing management / leadership roles.

After the analysis of the results, it was verified that the nurses recognized an absence of leadership in nursing in the family health units and that this has negative consequences due to the lack of representativeness of the profession, lack of nursing autonomy and work overload for the nurses' team. The results of this study also demonstrated that a leading figure would bring benefits by gains of the nursing team, by improving management and by improving the quality of nursing care.

Índice

Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO.....	8
1.2. OBJETIVOS E ESTRUTURA DO DOCUMENTO	9
Capítulo 2. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (SUA REORGANIZAÇÃO).....	11
2.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	11
2.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	12
2.3. REORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	13
CAPÍTULO 3. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM.....	15
3.1. LIDERANÇA.....	15
3.2. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM.....	19
3.2.1. LIDERANÇA NOS CSP	25
Capítulo 4. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES ORIENTADORAS	27
4.1. PROBLEMÁTICA.....	27
4.2. QUESTÕES ORIENTADORAS	28
Capítulo 5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
5.1. TIPO DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS.....	29
5.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	32
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
Capítulo 6. ANÁLISE DOS DADOS	37
Capítulo 7. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	46
Capítulo 8. PRINCIPAIS CONCLUSÕES	52
8.1. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....	53
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

Índice de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O presente trabalho visa conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança na enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na sequência das mudanças ocorridas neste setor a partir de 2005. Antes da reestruturação dos CSP, o papel de liderança em enfermagem era desempenhado pela figura do enfermeiro chefe. Com a reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), temos assistido à “abolição” do enfermeiro líder de equipa nestas unidades. Atualmente, existe apenas um coordenador, obrigatoriamente médico, conforme determina o modelo organizativo destas unidades (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto).

As USF são orientadas para a prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, e integram equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto). A sua missão assenta na prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto).

O interesse pelo tema surge pelo facto de se ter vindo a assistir a um desvanecer da liderança na enfermagem, no âmbito dos CSP e na sequência de mudanças operadas no setor. Por exercer a profissão de enfermeira neste contexto, pretendo auscultar a opinião dos colegas de profissão no que respeita às consequências relacionadas com o desaparecimento do enfermeiro líder nas suas equipas de trabalho. É importante perceber em que medida consideram relevante que o enfermeiro mantenha a função de líder e se reconhecem implicações nas tomadas de decisão da equipa multiprofissional em consequência desta ausência. O estudo será feito com enfermeiros a exercer funções em USF integradas no ACES Cávado I – Braga. Este agrupamento é constituído por 29 Unidades Funcionais, das quais 14 são USF.

Na opinião de Cunha (2009), a definição do problema constitui a melhor forma de dar início a um trabalho de investigação e a pergunta de partida é o primeiro fio condutor que ajuda o investigador a prosseguir com o seu trabalho.

Uma investigação surge a partir de uma questão em que o investigador procura explicação para esta ou então interessa-se pelo estudo mais pormenorizado sobre as teorias ou modelos já existentes (Ribeiro,2007).

Assim, a questão de partida deste estudo é a seguinte: qual é a opinião dos enfermeiros acerca do “esvaziamento” da liderança em enfermagem nos CSP?

Ao realizar a revisão da literatura constatei que o tema tem sido pouco estudado/divulgado em trabalhos de natureza académica e portanto, pretendo debruçar-me sobre o assunto para perceber se a liderança em enfermagem ainda é notada como importante para a profissão no âmbito dos CSP. Em que se traduz esta relevância percebida? Quais as implicações deste “esvaziamento” do ponto de vista de quem já ocupou posições de liderança no anterior modelo de organização dos CSP? E daqueles que estiveram sob a liderança de enfermeiros líderes de equipa? Espera-se que a análise e discussão da pertinência da liderança em enfermagem neste novo arranjo organizacional possam contribuir para o “renascimento” da liderança dos enfermeiros nos CSP.

1.1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Analisando a conjuntura atual, alicerçada por processos de mudanças e inovações contínuas e aceleradas, tem-se verificado fortes alterações nas organizações, inclusivamente nas que pertencem à área da saúde.

No que respeita às organizações de saúde, e conforme advogam Cabral *et al* (2010), também é bem evidente o surgimento de um novo paradigma do Sistema de Saúde Português que consagra o direito de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos, sendo estes tendencialmente gratuitos.

Os mesmos autores defendem que há uma ligação estreita entre saúde e economia, pois uma economia saudável depende muito de uma população saudável e isto assume particular importância pelo claro envelhecimento da população. Ainda segundo Cabral *et al* (2010), as consequências desta alteração demográfica dependerão também da capacidade de manter as populações saudáveis e ativas durante mais tempo e para se encontrar uma resposta mais

eficaz ao problema do envelhecimento da população, a integração e a continuidade de cuidados parece ser um dos caminhos a percorrer.

Na União Europeia, as reformas das políticas de saúde têm incidido na prevenção da doença, promoção da saúde e da saúde pública (Cabral *et al*,2010). No nosso país também temos vindo a assistir a um forte investimento na medicina preventiva pois é menos dispendiosa do que a curativa e permite alcançar maior qualidade dos cuidados de saúde para os utentes (Cabral *et al*,2010).

Em Portugal e seguindo a lógica da medicina preventiva, a reforma mais recente ocorreu em 2005, com a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos CSP, tendo a função de apresentar as linhas estratégicas, metas e ações a realizar (Cabral *et al*,2010). Em 2006 surgiram as primeiras USF do país e posteriormente outras unidades integradas nos ACES com missões diferentes entre elas. Esta reorganização dos CSP preconizava uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, aumento da satisfação do utente e profissionais, melhoria da qualidade científica e técnica, a continuidade dos cuidados e melhoria da eficiência (Cabral *et al*,2010).

1.2. OBJETIVOS E ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Formulada a pergunta de partida do estudo, é fundamental definir os objetivos que se pretendem atingir. Segundo Cunha (2009), os objetivos procuram responder ao que se pretende descobrir sobre o tema escolhido. Estes figuram o percurso que o investigador se propõe fazer para responder à questão de partida (Ribeiro,2007). Assim, destacam-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das USF;
- Identificar as consequências (desafios, problemas, etc.) da ausência de um líder de enfermagem para as USF;
- Perspetivar benefícios para a USF, caso existisse um líder de enfermagem na equipa multiprofissional;
- Definir as possíveis funções do enfermeiro líder de enfermagem nas USF, caso existisse esta categoria na profissão.

No que se refere à estrutura da presente dissertação, esta é constituída por 8 capítulos. Neste capítulo foi feita a introdução ao estudo, identificada a pertinência dos objetivos, concluindo com a apresentação da estrutura da dissertação.

No capítulo 2 procede-se ao enquadramento concetual do tema, onde é feita abordagem do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e CSP (sua reorganização) e o capítulo 3 destina-se à liderança em enfermagem.

No capítulo 4 integra-se a problemática do tema e questões orientadoras.

O capítulo 5 está consignado ao enquadramento metodológico, onde se insere o tipo de estudo aplicado, o guião de recolha de dados, a população e amostra que integrou o estudo.

O capítulo 6 destina-se à análise dos dados recolhidos e o capítulo 7 confina a discussão dos resultados tendo em consideração as evidências empíricas e teóricas obtidas através da revisão da literatura.

O último capítulo, capítulo 8, está destinado às principais conclusões desta dissertação.

Finalmente, é apresentada a lista de referências bibliográficas que suportaram todo o estudo e em anexo encontra-se o instrumento de recolha de dados aplicado: o guião de entrevista (Anexo A).

Capítulo 2. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (SUA REORGANIZAÇÃO)

2.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O SNS instituído em 1979 tem, desde a sua origem, o objetivo de promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como o financiamento das despesas com a saúde (Simões *et al*,2010). O SNS reveste-se de um conjunto de características tais como: universalidade, generalidade e tendencialmente gratuito, especificidades estas que estão protegidas pela Constituição e portanto, não podem ser alteradas por uma mera decisão política do Governo democrático, conforme elucida Simões *et al* (2010).

Ao SNS compete proteger a saúde individual e coletiva através de instituições e serviços oficiais organizados e hierarquizados prestadores de cuidados de saúde, conforme mencionam Amador *et al* (2010).

Durante 30 anos, as mudanças ocorridas na sociedade portuguesa foram bastante evidentes e a área da saúde acompanhou estas transformações, principalmente no que respeita à tecnologia das áreas clínicas e reforma dos CSP (Simões *et al*,2010). Por outro lado, e ainda seguindo a análise de Simões *et al* (2010), nem sempre se tem conseguido resultados positivos, principalmente no que toca às desigualdades ainda existentes no acesso aos cuidados de saúde e o mau aproveitamento das tecnologias de informação e comunicação na saúde.

No que concerne aos Centros de Saúde, estes foram alvo de reformulações constantes, tal como a sociedade portuguesa. Em 1971 nasceram os primeiros Centros de Saúde que foram designados de “primeira geração”. Em 1983 foram criados os de “segunda geração”, contudo apesar de estes terem oferecido maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde e uma otimização dos recursos utilizados, a reforma não melhorou a acessibilidade nem a progressão de objetivos de saúde (Simões *et al*,2010). Em 1999 desenvolveram-se os Centros de Saúde de “terceira geração”, que consagravam uma matriz organizativa com base na unidade de saúde familiar. Posteriormente, em 2003, surgiu a rede de CSP,

pautada pelo princípio da diversidade na oferta e pela liberdade de escolha por parte dos cidadãos, como melhor forma de assegurar e promover a avaliação dos cuidados de saúde. A partir de 2005, criou-se a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que ficou responsável pela condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF (Simões *et al*, 2010).

Conforme refere Carvalho (2013) o modelo das USF iniciado em 2006 é manifestamente inovador a nível de prestação de cuidados de saúde no SNS português, atribuindo aos profissionais destas unidades a responsabilidade de gestão, organização e alcance de objetivos e metas traçadas.

A nível hospitalar também se verificaram reformulações principalmente a partir de 2002, com a transformação de 31 hospitais em sociedades anónimas (Amador *et al*; 2010). Os mesmos autores (2010) referem que a transformação dos hospitais em hospitais empresa foi uma das mudanças mais marcantes nos últimos anos em Portugal, pois obrigou as equipas de gestão a implementar programas de melhorias operacionais destinadas a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Nesta sequência, Amador *et al* (2010) defendem que ainda há um longo caminho a percorrer, pois é necessário aperfeiçoar o contrato programa com cada hospital e não podemos esquecer que o objetivo de contenção da despesa tem que ser compatível com o aperfeiçoamento na autonomia da gestão de cada hospital e divisão dos ganhos de eficiência entre equipas de gestão e equipas operacionais.

2.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Conforme nos refere o Conselho Internacional de Enfermeiros (2008), os CSP são o primeiro nível de contacto entre o SNS e os indivíduos, famílias e comunidades, tendo como finalidade aproximar os cuidados de saúde ao meio ambiente onde os utentes vivem. Ainda relacionado com este assunto, a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em 1978, revelou a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, a fim de promover a saúde para todos a nível mundial e referiu que os CSP são um meio por excelência para acabar com a desigualdade do estado de saúde das pessoas, tendo sido traçada uma meta: saúde para todos no ano 2000. Nesta declaração, definem-se os CSP como primordiais, assentes em métodos e

tecnologias práticas, cientificamente comprovados e socialmente aceitos. Os CSP têm que ser colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, fomentando a sua participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada etapa do seu desenvolvimento.

Conforme referem Rodrigues *et al* (2002), em 1974, o Programa das Forças Armadas, resultante do 25 de abril, idealizou a criação do SNS e só mais tarde, em 1976, esta pretensão teve expressão legal. Os mesmos autores (2002), também descrevem o SNS como um universo constituído por um conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, tendo em conta as limitações dos recursos humanos, técnicas e financeiras. É um serviço que pretende ser universal, tendencialmente gratuito e equitativo. Nesta altura, os CSP eram prestados por organizações designadas por Centros de Saúde, definidos como unidades integradas, polivalentes e dinâmicas, que prestavam CSP, visando a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e tratamento da doença, direcionando a sua ação para o indivíduo, família e comunidade (Rodrigues *et al*, 2002).

2.3. REORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A dada altura reconhece-se a necessidade de proceder a mudanças relacionadas com o modelo de cuidados que se baseia num modelo de prestação em rede (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril). Assim, em 2005 é criada a MCSP, integrada no Ministério da Saúde e com a finalidade de conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e a implementação das USF (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de outubro). Conforme enuncia o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, a reforma dos CSP é vista como um elemento chave da modernização dos cuidados de saúde, orientada para ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade. Este Decreto também menciona o Despacho Normativo nº 10/2007 de 26 de janeiro que regulamentou o lançamento e implementação das USF que têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos

cuidados. Estas são unidades dotadas de autonomia organizativa e funcional. A estrutura orgânica das USF é constituída por um coordenador da equipa, um conselho geral e um conselho técnico. O coordenador é médico, o conselho geral é composto por todos os elementos da equipa multiprofissional e o conselho técnico é formado por um médico e um enfermeiro.

Em 2008 é publicado o diploma que anuncia a criação de ACES que tem como finalidade a prestação de cuidados de excelência à população adstrita aos mesmos, no âmbito da medicina geral e familiar (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). O referido diploma declara que os ACES têm autonomia administrativa (mas sujeitos ao poder de direção da Administração Regional de Saúde) e são constituídos por várias unidades funcionais. Cada ACES tem o dever de prestar CSP à população da área geográfica que abrange, tendo sido estabelecido que o número de pessoas residentes na área do ACES não deve ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000, pretendendo abranger vários concelhos. Os ACES podem integrar as seguintes Unidades Funcionais: Unidade de Saúde Pública, Unidade de Cuidados na Comunidade, USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

CAPÍTULO 3. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

3.1. LIDERANÇA

Numa abordagem mais abrangente, a liderança e gestão não são exatamente o mesmo. Tal como referem Cunha *et al* (2010), a liderança é mais emotiva, criativa, inovadora, proativa, assente em valores. A gestão é mais racional, procedimental, reativa, assente em cálculos. Os mesmos autores (2010) dizem-nos que mediante o ambiente organizacional, pode ser mais pertinente a evidência de liderança ou de gestão. Por exemplo, na fase inicial do ciclo de vida de uma organização, em momentos de mudança ou em ambientes mais agitados, é mais adequado a liderança. A gestão assume maior importância quando é necessário incutir racionalidade, cálculo, eficiência, procedimentos. Contudo, e apesar destas diferenças, os autores defendem que isto não significa que a liderança não precise de ser “temperada” com gestão e que a gestão não seja “temperada” com liderança. Para reforçar esta ideia e falando das organizações mais modernas, Cunha *et al* (2010), proferem que as duas funções são necessárias e quando não for possível conciliá-las na mesma pessoa, a organização deve assegurar as duas funções, nem que sejam desempenhadas por mais do que uma pessoa.

Na ótica de Afonso (2010:63) a liderança pode ter várias definições e a que lhe parece mais clara vai de encontro à de House *et al* (1999): *“liderança é a capacidade de um indivíduo influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e o sucesso das organizações de que são membros”*.

Cunha e Rego (2009) estão de acordo com o que diziam Den Hartog *et al* (1999) e constatam que a maioria das teorias de liderança é norte-americana e portanto, sendo mais individualistas do que coletivistas. Valorizam as premissas de racionalidade, os incentivos individuais, a motivação hedonista e assumem a centralidade do trabalho.

Cunha e Rego (2009) também fazem alusão ao modelo GLOBE que teve como objetivos identificar as diferenças culturais de cada organização e conhecer os protótipos de liderança excecional existentes nas sociedades a estudar. As

questões subjacentes ao estudo foram as seguintes: “(...) *quais as concepções, nas diversas sociedades, acerca do que é um líder excecional? Haverá características de liderança excecional comuns a diferentes sociedades? Quais as características que, em dada sociedade, são consideradas reveladoras de liderança excecional – mas que não são assim entendidas noutras sociedades?*” A pesquisa assentou em 21 atributos de liderança que depois foram agrupados em seis grandes dimensões (carismática, orientada para a equipa, auto protetora, participativa, humana, autónoma) e envolveu 61 países, nomeadamente países da Europa Latina (Portugal, Espanha, Itália e França), Grupo Anglo-saxónico (Inglaterra, Austrália, África do Sul, Canadá, Nova Zelândia, Irlanda e EUA), Europa Nórdica, Europa Germânica, Europa do Leste, América Latina, África Sub-sariana, países de culturas árabes, Ásia do sul e Ásia Confuciana.

Deste estudo tiraram as seguintes ilações: o perfil de líder excecional em Portugal, aproxima-se do perfil médio GLOBE, a liderança auto protetora é geralmente interpretada como inibidora da eficácia de liderança nos países nórdicos e germânicos e assume um papel menos negativo nas culturas asiáticas. Também se concluiu que países da Europa germânica valorizam a liderança participativa e portanto, enquadram-se na tradição participativa dos empregados nas tomadas de decisão das empresas.

À luz de Jesuíno (2005), e citado por Morais (2010), liderança constitui a “caixa preta” das organizações, uma vez que se trata da área mais estudada e menos compreendida do comportamento organizacional.

Mário Ceitil (2016) descreve 6 estilos de liderança relacionados com inteligência emocional identificados por Daniel Goleman sob o pressuposto de que o líder emocionalmente inteligente deve ser flexível o suficiente para aplicar cada estilo consoante a exigência da situação e possuir as competências emocionais exigidas para a eficaz aplicação de cada estilo. Segundo este autor, o que distingue o líder de alta performance de líder médio são as competências de inteligência emocional:

Estilo coercivo: adequado a momentos de crise e urgência na tomada de decisões. Os liderados têm que obedecer pois não há tempo para discutir a situação em grupo.

Estilo visionário: o líder pretende mobilizar o grupo para uma visão comum. Deixa os liderados escolherem o caminho para alcançar os objetivos

gerados por esta visão. Este estilo proporciona mais motivação por parte dos colaboradores, de forma a concretizar o projeto em questão.

Estilo afiliativo: tem como objetivo consolidar as relações entre as pessoas, procurando a coesão. Pretende estabelecer laços emocionais.

Estilo democrático: procura o consenso e estimula a participação dos colaboradores nas tomadas de decisão. Este estilo tem impacto positivo no clima organizacional.

Estilo agressivo: adequa-se a equipas muito motivadas e competentes. Permite alcançar altos padrões de performance resultados rápidos. Se estas duas condições de aplicação não forem cumpridas, este estilo pode ser fatal, criando desmotivação e mau clima organizacional.

Estilo conselheiro: pretende ajudar os colaboradores a desenvolverem as suas competências e talentos a longo prazo. Este estilo de liderança tem vantagens embora demore algum tempo para a sua concretização eficaz.

Cunha *et al* (2016) partilham da opinião de Goleman (1998) dizendo que cerca de 90% das competências necessárias para atingir o sucesso na liderança são de natureza emocional e social, pois os comportamentos e estado de espírito dos líderes influenciam os liderados e vice-versa.

Segundo Cunha *et al* (2016) e George (2000), a eficácia da liderança e competências emocionais dos líderes são pautadas por cinco elementos essenciais: a) criar um sentido de grupo relativamente aos objetivos/metast a alcançar (visão) e a forma como atingi-los; b) incutir nos outros o conhecimento e a apreciação da importância das atividades e comportamentos de trabalho; c) gerar e manter a confiança, o entusiasmo, o otimismo e a cooperação; d) proporcionar a flexibilidade nas tomadas de decisão; e) criar uma identidade organizacional significativa para todos os colaboradores. O líder deve incutir valores importantes na cultura organizacional, pois é através dela que os seguidores desenvolvem uma identidade coletiva com significado.

No final dos anos 80 surgiram as teorias da liderança carismática e transformacional. Relativamente à liderança carismática, Max Weber referiu-se a este tipo de liderança considerando que os seguidores atribuíam qualidades extraordinárias ao líder (Cunha *et al*,2016). Neste seguimento, a liderança

carismática resulta da interação complexa de cinco elementos: a) pessoa com qualidades extraordinárias ou dom; b) situação de desespero ou crise social; c) visão radical ou ideias promissoras para solucionar a crise; d) conjunto de seguidores crentes no líder, no seu dom e visão radical; e) validação do dom e visão extraordinários do líder através do sucesso na gestão de situações de crise (Cunha *et al*,2016).

Posteriormente surge a liderança transformacional, e tal como referem Cunha *et al* (2016) e na perspetiva de Burns (1978), esta diz respeito a um processo através do qual os líderes incentivam o empenhamento dos seguidores induzindo-os a ultrapassar os seus interesses em prol dos objetivos da organização, produzindo grandes mudanças e elevado desempenho. Neste modelo de liderança, os líderes solicitam aos seus seguidores para alcançarem valores como justiça, liberdade, paz e humanismo (Cunha *et al*,2016).

Em sùmula, e conforme Cunha *et al* (2016) esclarecem, não existe grande unanimidade no conceito de liderança nem há caminhos únicos para compreendermos os traços, comportamentos, e competências dos líderes eficazes, contudo há linhas orientadoras que devermos ter em consideração: a) a influência de um líder na organização é real, embora possa ocorrer de um modo que não era esperado; b) alguns traços e competências das pessoas podem aumentar as probabilidades de serem líderes e de exercerem a sua função de forma eficaz; c) a liderança é um processo que envolve líderes, seguidores e situações; d) são débeis as considerações sobre a liderança eficaz que não integrem este triângulo; e) a complexidade do processo de liderança não se coaduna com as orientações aplicáveis de um modo universal; f) não há líderes eficazes sem seguidores eficazes; g) a confiança é fundamental para uma liderança eficaz.

No mundo atual, e segundo Bilhim (2016), as inovações tecnológicas, influenciam o mundo laboral, nomeadamente os perfis profissionais, tornando uns ultrapassados e outros que surgem por força das circunstâncias. Acrescenta ainda que alguns níveis intermédios de chefia tendem a desaparecer, aproximando o topo da base hierárquica, contribuindo assim para a criação do conceito de membro da organização, ao contrário do conceito de empregado. Bilhim (2016:51) advoga que “(...) o trabalho está a ser invadido por tecnologia mais complexa e o esforço físico a ser substituído pelo mental (...)”. Defende também, que a expansão de novas tecnologias pode conferir estatutos e funções diferentes

por parte dos colaboradores e estão sujeitos a sofrer alterações nas redes de poder, pela evidência da informação à qual anteriormente não tinham acesso.

3.2. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Allender e Spradley (2001), teóricas de enfermagem, referem que a liderança tem sido estudada há várias décadas por ideólogos das ciências sociais e empresariais. Esta pode ser definida como um processo interpessoal no qual uma pessoa influencia as atividades de outra ou grupo de pessoas no sentido de concretizar um determinado objetivo. Assim, a liderança é simplesmente o uso das características pessoais para influenciar os outros. A liderança envolve criar uma visão e guiar as crenças pessoais e comportamentos, influenciando os outros com base na sua visão própria. Nesta sequência, há três características essenciais que estão presentes nesta descrição: existência de um propósito ou meta, interação com as pessoas e influência sobre as pessoas.

As mesmas autoras (2001) percebem que muitos enfermeiros não se veem a eles mesmos como líderes nem aspiram ser líderes e por vezes estes enfermeiros acham que a liderança pressupõe uma posição formal e com muitas responsabilidades administrativas e apesar disto ser verdade, a liderança também pode acontecer informalmente no contexto de enfermagem. Segundo Allender e Spradley (2001), quando um enfermeiro é um exemplo aos olhos dos outros, está a influenciar a prática dos elementos do grupo profissional e portanto está a exercer liderança pela sua competência enquanto enfermeiro.

Em termos formais, a liderança em enfermagem foi assumida durante muitos anos pela figura de enfermeiro chefe a quem competia, conforme descreve o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro, integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, determinar as necessidades de enfermeiros, tendo em conta o nível de cuidados de enfermagem a prestar, planejar e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visassem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outras funções.

Para clarificar as funções adstritas a cada categoria, tendo por base o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro, passa-se a descrever:

Enfermeiro nível 1 compete:

- a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, com base num modelo teórico de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- c) Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado;
- d) Integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família a preparação de alta ou internamento hospitalar;
- e) Responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos CSP;
- f) Participar nas ações que visem a articulação entre os CSP e os cuidados de saúde diferenciados;
- g) Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respetivos registos e analisando os fatores que contribuíram para os resultados obtidos;
- h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;
- i) Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- j) Utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- l) Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados.

Enfermeiro graduado compete:

Executar o conteúdo funcional descrito para a categoria de enfermeiro de nível 1 e ainda as funções de orientação e coordenação de equipas de enfermagem na prestação de cuidados.

Enfermeiro especialista compete:

Executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro de nível 1 e de enfermeiro graduado e ainda o seguinte:

- a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente

(indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;

c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias;

d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;

e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;

f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;

g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respetivo plano anual de atividades;

h) Elaborar o relatório das atividades de formação em serviço;

i) Colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;

j) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Enfermeiro chefe compete:

a) Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;

b) Promover e colaborar na definição ou atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;

c) Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;

d) Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;

- e) Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às atividades de enfermagem;
- f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- g) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação;
- h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados;
- l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- m) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- n) Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- o) Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- p) Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;
- q) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- r) Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;
- s) Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou diretivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;

- t) Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- u) Criar condições para a realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique.

Enfermeiro supervisor compete:

- a) Colaborar com o enfermeiro diretor na definição dos padrões de cuidados de enfermagem para o estabelecimento ou serviço;
- b) Promover o intercâmbio de experiências dos enfermeiros chefes na gestão das unidades de cuidados, coordenando reuniões periódicas;
- c) Orientar os enfermeiros chefes na definição de normas e critérios para prestar cuidados de enfermagem, visando a concretização dos padrões de cuidados de enfermagem definidos para o estabelecimento ou serviço;
- d) Colaborar com o enfermeiro diretor na admissão de enfermeiros e sua distribuição pelas unidades de cuidados, tendo em conta as necessidades qualitativas e quantitativas;
- e) Colaborar com o enfermeiro diretor no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade de pessoal de enfermagem;
- f) Avaliar os enfermeiros chefes e participar na avaliação de enfermeiros de outras categorias;
- g) Elaborar um plano de ação anual, relativamente ao seu setor, em articulação com os dos enfermeiros chefes desse setor, assim como o respetivo relatório;
- h) Colaborar com o enfermeiro diretor na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no estabelecimento ou serviço, tendo em conta os recursos humanos e materiais das unidades de cuidados;
- i) Orientar os enfermeiros chefes relativamente à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- j) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento a adquirir para prestação de cuidados;
- l) Colaborar na definição de prioridades para projetos de investigação previstos para o estabelecimento ou serviço;
- m) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre gestão de serviços de enfermagem;

- n) Divulgar pelas unidades de cuidados do seu sector a informação com interesse para o respetivo pessoal de enfermagem;
- o) Utilizar os resultados dos trabalhos de investigação na melhoria da gestão das unidades de cuidados;
- p) Participar nos estudos que visem a determinação de custos/benefícios, no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- q) Colaborar com o enfermeiro diretor na definição, divulgação e avaliação das políticas ou diretivas formativas do estabelecimento ou serviço;
- r) Colaborar com o enfermeiro-diretor na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós básica de enfermeiros;
- s) Promover a concretização das políticas ou diretivas formativas do estabelecimento ou serviço.

Em 2009 a carreira de enfermagem sofreu alterações marcantes e das cinco categorias existentes até então (enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor), passa a haver apenas duas: enfermeiro e enfermeiro principal. Conforme exposto no Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, ao enfermeiro compete-lhe a prestação de cuidados de enfermagem ao doente/utente. O mesmo decreto descreve as funções do enfermeiro principal como funções de gestão do processo de prestação de cuidados de enfermagem, assessoria ou consultoria de cariz técnico e científico. Neste seguimento, e ainda segundo o Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, ao enfermeiro principal compete participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidade funcional, coordenar a equipa de enfermagem do serviço ou equipa multiprofissional da unidade funcional, gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da equipa, identificar a necessidade de recursos humanos, promover a aplicação de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, elaborar, promover e/ou apoiar a realização de projetos de desenvolvimento técnico e científico a nível institucional.

Simultaneamente, e de acordo com os atributos individuais, Araújo *et al* (2012) defendem que o líder de enfermagem deve procurar conhecimento científico, ser confiante, estabelecer espaço para diálogo, enfrentar conflitos,

envolver o grupo todo nas atividades e coordenar e organizar os cuidados de enfermagem.

Para Balsanelli *et al* (2005:1) “a liderança é uma das ferramentas imprescindíveis no processo de trabalho do enfermeiro”. Neste estudo concluiu-se que a escolha do estilo de liderança deverá ser ajustada à equipa e a comunicação assume lugar de destaque no processo de liderar do enfermeiro.

3.2.1. LIDERANÇA NOS CSP

Com a reestruturação da carreira de enfermagem ocorrida em 2009 e com a reforma dos CSP deparámo-nos com duas evidências: a reorganização dos CSP, da qual faz parte o nascimento das USF e em simultâneo a “diluição” da figura do enfermeiro chefe. Sabendo que não existe o líder de enfermagem no seio das equipas multiprofissionais das USF, os enfermeiros chefes até então tiveram que integrar as equipas das diversas unidades funcionais dos ACES e prestar cuidados de enfermagem ao mesmo nível que os outros enfermeiros.

Depois de constatar estas duas evidências, surge o interesse em conhecer a opinião dos enfermeiros acerca deste “esvaziamento” de liderança na enfermagem no contexto dos CSP.

Conforme elucidam Allender e Spradley (2001), o mundo atual sofre uma grande transformação e assistimos a uma mudança civilizacional da Era Industrial para a Era da Comunicação. As mesmas autoras (2001) defendem que as mudanças ocorridas na indústria da saúde vão criar oportunidades únicas para que os enfermeiros desenvolvam o seu potencial de liderança. Para os enfermeiros de CSP, as oportunidades de liderança são espantosas. À volta delas estão as necessidades de influenciar a reforma da saúde, a promoção de políticas públicas de saúde e de planeamento de serviços de saúde mais efetivos. Em Portugal, e atendendo à reorganização dos CSP, assistimos a uma conjuntura oposta ao que estas autoras defendem, pela “desvalorização” da liderança na enfermagem.

Segundo Gelbcke (2009) o enfermeiro é um profissional que tem de organizar o seu trabalho de forma que os elementos da equipa de enfermagem consigam alcançar a eficiência e competência nos cuidados que prestam. Por outro lado, e ainda na perspetiva da mesma autora (2009:137), liderar em enfermagem é “saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na

coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial (...).

No nosso contexto nacional, e aquando a reorganização dos CSP com a criação das USF que não contempla a figura de enfermeiro chefe até aí existente nos Centros de Saúde, a liderança destas unidades passou a ser assumida única e exclusivamente por um médico coordenador destas unidades, dirigindo uma equipa multiprofissional. Caso os enfermeiros pretendam um parecer a um nível hierárquico superior sobre os cuidados de enfermagem, terão de o fazer ao enfermeiro vogal do Conselho Clínico do ACES, mas este não tem autonomia para delegar alterações no seio de uma USF pois vigora a decisão do coordenador dessa unidade. Apenas normas e orientações emanadas pelo ACES ou Administração Regional de Saúde obrigam o seu cumprimento por parte das USF.

Lanzoni *et al* (2013) realizaram um estudo no âmbito dos CSP e concluíram que o enfermeiro líder, neste contexto, é um profissional facilitador do trabalho em equipa na promoção da saúde. Constataram também que os enfermeiros quando criam boas relações sociais, contribuem para a melhoria da organização e gestão dos cuidados.

Capítulo 4. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES ORIENTADORAS

4.1. PROBLEMÁTICA

“Formular um problema de investigação consiste em fazer uma síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema. É desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin,2009:52).

A etapa anterior, revisão da literatura é essencial para conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre o assunto e delinear com mais precisão a sua questão de investigação (Fortin,2009). Seguindo este raciocínio, e pelo facto de estar a desenvolver a dissertação no âmbito do mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, surge o interesse em auscultar a opinião dos enfermeiros a exercer funções em USF acerca do esvaziamento de liderança na enfermagem no contexto dos CSP.

A pergunta de partida do estudo recaiu sobre a seguinte questão: *“qual é a opinião dos enfermeiros acerca do “esvaziamento” da liderança em enfermagem nos CSP?”*

A partir do momento em que se procede à reestruturação dos CSP, nomeadamente a criação de USF, o enfermeiro chefe que até aí desempenhava funções de liderança e representava a equipa de enfermeiros a seu cargo em determinado Centro de Saúde, deixa de ter estas funções. Como se explicou anteriormente, na sequência das mudanças operadas nos CSP, as USF passam a ter um único coordenador para a equipa dessa unidade, que é obrigatoriamente médico.

Posto isto, a escolha do tema vai ao encontro do interesse em perceber se os enfermeiros integrados em USF consideram importante a presença de um líder da sua carreira profissional no seio das equipas das unidades a que pertencem.

4.2. QUESTÕES ORIENTADORAS

Segundo Fortin (1999:101), as questões orientadoras são “*as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada (...). Decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar*”.

Surgem, portanto, as seguintes questões orientadoras:

- Como interpreta as mudanças ocorridas nos CSP, em particular as decorrentes do novo modelo de gestão implementado nas USF?
- Como avalia o desaparecimento da figura de enfermeiro chefe no seio das equipas das USF?
- Que vantagens teriam a participação efetiva de um líder de enfermagem na equipa multidisciplinar das USF?
- Que funções deveriam ser assumidas pelo enfermeiro líder, caso existisse nas USF?

Capítulo 5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o momento em que o investigador define o método que irá adotar para alcançar os seus objetivos e a forma como irá recolher os dados (Cunha, 2009).

A escolha deste estudo recai sobre a investigação científica, pois este é o método de aquisição de conhecimentos mais *“rigoroso e o mais aceitável uma vez que assenta num processo racional”*. (Fortin;1999:17). Na opinião de Cunha (2009), o conhecimento científico traduz uma articulação entre a teoria e a realidade empírica, em que o método assume o papel de fio condutor.

Segundo Fortin (1999:372), a metodologia caracteriza-se por: *“um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”*. Nesta perspetiva, iremos descrever o tipo de estudo, o meio onde se desenrola o estudo e a respetiva população e amostra envolvida. Por último, será feita referência ao instrumento de recolha de dados desenvolvido para o presente estudo (guião de entrevista), a sua aplicação e análise dos dados colhidos. Pretende-se transmitir de forma objetiva o percurso e recursos utilizados no desenvolvimento do estudo, de forma a atingir os objetivos definidos.

5.1. TIPO DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS

O tipo de estudo *“descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”* (Fortin,1999:133).

Este estudo tem como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das USF, bem como identificar as consequências deste desaparecimento; perspetivar os benefícios que o líder de enfermagem na equipa multiprofissional poderia trazer para a USF; e perceber quais seriam as possíveis funções do enfermeiro líder de enfermagem nas USF.

Este trabalho identifica-se com um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, transversal e racional. Trata-se de um estudo qualitativo porque se pretende “*descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência. (...)*”. (Fortin,2009:32). Na opinião de Cunha (2009), a investigação qualitativa tenta compreender o modo como as pessoas experienciam, interpretam e constroem os conteúdos subjetivos, para alcançarem um conhecimento direto da realidade social. É um estudo de natureza exploratória e descritiva porque visa explorar um conceito, descrever fenómenos já existentes à luz de uma determinada população (Fortin,2009). A transversalidade do estudo é referente ao facto do levantamento de opiniões sobre o esvaziamento da liderança na enfermagem nos CSP ser efetuado num determinado momento (Fortin,2009). A amostragem é feita por escolha racional por esta ser escolhida mediante determinados traços dos indivíduos (Fortin,2009).

Este estudo pretende conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o “esvaziamento” da liderança na enfermagem nos CSP, particularmente nas USF. Posto isto, e atendendo à definição de Fortin (2009), enquadra-se num estudo de natureza exploratória e descritiva, pois visa descobrir novos acontecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência com que ocorre determinado fenómeno ou categorizar informação. Este tipo de estudo é também utilizado quando existe pouca ou nenhuma informação sobre determinado assunto.

Os estudos qualitativos têm como objetivo principal descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência (Fortin,2009). Categorizando o estudo qualitativo, e continuando a seguir o raciocínio de Fortin (2009), este enquadra-se numa investigação fenomenológica pois pretende descrever a experiência, extrair a origem dos fenómenos e o significado que as pessoas lhe atribuem.

Streubert e Carpenter (2002:101), citando Boyd (1993), dizem-nos que “*o método fenomenológico tenta descrever a experiência humana no seu contexto*”.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), a investigação qualitativa constitui uma excelente oportunidade para criar conhecimento significativo de enfermagem a partir das experiências partilhadas pelas pessoas. Estas autoras (2002:358) defendem que “*(...) existe um campo vasto e expansivo de investigação*

qualitativa à espera de enfermeiros investigadores interessados. É um campo de imaginação que é colorido pelas vidas e experiências dos indivíduos com quem os enfermeiros interagem (...). É essencial documentar estas experiências únicas e partilhá-las para explorar e descrever plenamente a experiência humana”.

Transpondo estas definições teóricas para o estudo em questão, o seu propósito centra-se em auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao “esvaziamento” da liderança na enfermagem no contexto dos CSP. A intenção deste estudo é explorar e descrever o que os enfermeiros pensam sobre o tema. Para concretizar esta finalidade achou-se mais viável seguir o percurso de uma investigação qualitativa fenomenológica, exploratória e descritiva. Por exemplo, Faria (2014) desenvolveu um estudo relacionado com liderança em enfermagem e optou pela investigação qualitativa para perceber o percurso de liderança de enfermeiros a exercer funções de líder, de forma que estes pudessem descrever a sua experiência. Segundo Faria (2014) as narrativas por parte dos participantes assumem um papel importante pelo facto dos líderes descreverem os aspetos relevantes para conseguirem alcançar a adesão por parte dos seguidores para a sua causa.

Relembrando a ideologia de Streubert e Carpenter (2002), estas defendem que os investigadores deverão continuar a aplicar o método rigoroso da investigação qualitativa para a pesquisa de fenómenos importantes para a enfermagem, nomeadamente áreas relacionadas com a prática clínica, ensino e gestão.

A população alvo deste estudo são enfermeiros a exercer funções em USF do ACES Cávado I – Braga. O recrutamento dos enfermeiros realizou-se por contacto telefónico, acedendo à lista telefónica dos profissionais do ACES. No primeiro contacto pessoal foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo, sendo referido que a confidencialidade dos dados recolhidos e privacidade na entrevista seriam sempre assegurados. O recrutamento dos participantes apresentou dificuldades na medida em que alguns enfermeiros não quiseram participar por afirmarem não ter disponibilidade de tempo para responder à entrevista.

Após o contacto com os enfermeiros, e estes terem aceitado participar, foi agendado um dia e um local para a realização da entrevista. Antes do início da

realização da entrevista os enfermeiros foram lembrados dos objetivos e dos procedimentos do estudo e assegurou-se a confidencialidade dos dados recolhidos (nome), privacidade na entrevista e a necessidade de gravação áudio. De seguida, cada enfermeiro assinou o consentimento informado para poder participar.

O meio onde se desenvolve o estudo é caracterizado por um meio natural uma vez que não é um meio controlado ou manipulado. *“Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural”* (Fortin,2009:217). A seleção do meio deveu-se essencialmente pela quantidade e qualidade da amostra e sua acessibilidade.

As entrevistas realizaram-se presencialmente entre 10 de fevereiro de 2017 a 9 de abril de 2017. As entrevistas realizaram-se numa sala privada para assegurar a privacidade e com boas condições acústicas para a gravação áudio. Durante a entrevista foram escritas as respostas dos participantes e recorreu-se a um gravador áudio (com autorização dos participantes) para assegurar a integridade de toda a informação, de forma detalhada, e assim não correr o risco de interpretar erradamente expressões, palavras ou ideias. As entrevistas tiveram uma duração média de 15 minutos e dois segundos (Min: 10 minutos; Máx: 27 minutos e 49 segundos).

Posteriormente realizou-se a comparação do áudio com o escrito para a transcrição integral da entrevista.

A análise das entrevistas foi feita pela autora. As entrevistas foram lidas três vezes, a primeira para obter uma ideia geral da informação como um todo. A segunda para identificar as unidades de informação que correspondiam aos objetivos e a terceira para categorizar a informação.

5.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Antes de dar início à recolha de dados, o investigador deve questionar-se se a informação que pretende colher vai ao encontro dos objetivos a atingir. Seguindo esta ideia, pensou-se que a entrevista iria corresponder ao pretendido.

Na opinião de Fortin (1999:261), o processo de recolha de dados consiste *“em colher informação de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”*. O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada (Anexo A). A entrevista é *“um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”*. (Fortin,1999:245). A escolha teve como base o reconhecimento das suas vantagens e adequação aos objetivos do estudo. A entrevista exige a presença do investigador, facilitando assim a explicação mais detalhada do estudo em causa e consequentemente haverá mais probabilidade de colher informação mais precisa. Por outro lado, a obtenção dos resultados é tida no momento em que termina a entrevista, sem que haja o risco de extravio do documento. Outra vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade porque *“(...) um investigador habilitoso consegue explorar determinadas ideias, respostas, investigar motivos e sentimentos coisa que o inquérito nunca poderá fazer (...)”* (Bell,1997:118).

A entrevista semiestruturada traduz um modelo de recolha de dados que não é inteiramente livre, mas é construído por um leque de perguntas abertas, colocadas verbalmente e segundo uma determinada ordem, podendo o entrevistador colocar outras questões que considere pertinente para ficar mais esclarecido (Cunha,2009:133).

Quivy e Campenhoudt (2003) dizem-nos que a entrevista distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e da interação humana. Para além disso, a entrevista pode-nos facultar elementos de reflexão muito ricos. Os mesmos autores (2003) elucidam que ao contrário do inquérito por um questionário, o método de entrevista é privilegiado no que respeita ao contacto direto entre o investigador e os entrevistados.

Assim, as entrevistas foram realizadas através da aplicação de um guião de entrevista (ANEXO A) previamente elaborado. A elaboração do guião de entrevista teve como base as questões orientadoras do estudo de forma a conseguir responder às mesmas. O consentimento informado para os participantes se inteirarem do estudo e poderem decidir a sua participação foi elaborado com recurso a um exemplo aplicado na tese de doutoramento de Sandra Sendas (2009)

sobre Perturbação de Stress Pós - Traumático em Ex. Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: aspetos autobiográficos de vulnerabilidade e análise da elaboração de significado e construção narrativa das vivências de guerra.

Segundo Ribeiro (2007), a investigação pode ser definida como um estudo escrupuloso, metódico, realizado em meio ambiente, laboratorial ou em biblioteca. O mesmo autor cita Baltes (1977) e partilha a ideia de que o método científico envolve a observação de fenómenos, realizada de uma forma peculiar, podendo recorrer a diferentes técnicas e procedimentos, mais qualitativos ou mais quantitativos, usados de forma isolada ou combinada, mas que consigam responder à questão de partida.

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009), num estudo de investigação é importante definir a população que vai ser alvo de estudo. A população alvo é constituída por um grupo de pessoas com características em comum. Como se torna difícil estudar a totalidade da população alvo, opta-se por escolher um grupo de pessoas, de forma que este grupo consiga representar a população inteira. *“A amostra é um conjunto de elementos retirados da população”* (Fortin,2009:331).

A amostra foi criada pela técnica de amostragem aleatória simples, uma vez que *“(...) todos os elementos que compõem a população alvo têm uma probabilidade igual de serem escolhidos (...)”* (Fortin,2009:331).

A população em estudo para este trabalho é constituída por enfermeiros do ACES Cávado I – Braga que exercem funções em USF. Identificada a população delimitou-se a amostra, pois seria impossível aplicar o instrumento de recolha de dados (entrevista) a todos os enfermeiros, devido à escassez de tempo. Por outro lado, visto tratar-se de uma investigação qualitativa, *“é de evitar uma amostra de grande tamanho (...) porque gera um enorme amontoado de dados difíceis de analisar”* (Fortin,1999:156).

A amostra representa uma parte da população possuidora de todas as características desta, afigura uma parcela do universo de uma investigação e

consegue representar o universo em análise, desde que a amostra seja bem construída (Cunha,2009).

A amostra deste estudo é constituída por 9 enfermeiros a exercer funções em USF do ACES Cávado I – Braga e que aceitaram participar no estudo. Após aceitarem participar e compreenderem os objetivos do estudo, os enfermeiros assinaram o consentimento informado para poderem participar.

A caracterização sociodemográfica dos participantes realizou-se com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0. A amostra é predominantemente do género feminino (77.8%), com uma média etária de 42.8 (DP=6.5 anos). Relativamente aos anos de profissão como enfermeiro, a média é de 19.6 (DP=6.6 anos), e no que se refere às habilitações académicas, 77.8% dos participantes são licenciados sendo os restantes Mestres. A percentagem dos enfermeiros da amostra com especialidade de enfermagem é de 55.6% e com experiência em funções de gestão/liderança em enfermagem é de 44.4% (Tabela 1).

As especialidades em enfermagem da amostra englobam dois enfermeiros de reabilitação, um enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, um enfermeiro de saúde materna e obstetrícia e um enfermeiro de saúde comunitária. Relativamente às funções de gestão/liderança em enfermagem, a amostra contempla quatro enfermeiros que desempenharam estas funções, tendo sido um enfermeiro responsável pela gestão do material clínico, um enfermeiro responsável/interlocutor de enfermagem e dois não especificam.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=9)

Variáveis	M±DP
Idade	42.8±6.5 (32-55)
Anos de profissão como enfermeiro	19.6±6.6 (10-30)
	n(%)
Género	
Feminino	7(77.8)
Masculino	2(22.2)
Habilitações académicas	

Licenciatura	7(77.8)
Mestrado	2(22.2)
Especialidade em enfermagem	
Sim	5(55.6)
Não	4(44.4)
Anos em funções de gestão/liderança em enfermagem	
0	5(55.6)
2	1(11.1)
3	1(11.1)
4	2(22.2)

Capítulo 6. ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez recolhidos os dados é necessário proceder à sua organização para poder analisá-los. Seguindo o pensamento de Fortin (2009), no caso de dados qualitativos, a análise consiste em resumir os dados sob a forma de uma narrativa.

Cada participante foi identificado na base de dados com um código com a letra E e com um número (p.e. E1, E2, E3). Os participantes relataram as suas opiniões relativamente à liderança na enfermagem e às alterações organizacionais nos CSP para USF que levaram ao “esvaziamento” da liderança na enfermagem.

O novo modelo de gestão implementado nas USF

Quando questionados sobre as mudanças ocorridas nos CSP, em particular as decorrentes do novo modelo de gestão implementado nas USF, os enfermeiros identificaram aspetos positivos e negativos.

Alguns entrevistados sublinham melhoria dos serviços prestados aos utentes e melhor organização:

“Foi muito positivo para os utentes. Tudo está mais organizado.” [E1]

“...a reforma dos CSP veio trazer mais organização dos cuidados que prestamos.” [E3]

“As USF são ótimas a nível organizacional. Tudo está mais organizado. A equipa foi escolhida entre si e portanto é mais fácil de atingir os objetivos uma vez que os profissionais têm mesma linha de pensamento.” [E4]

Outros colocaram ênfase no aumento da autonomia:

“...autonomia das equipas das USF.” [E5]

“A nível de organização de consultas médicas e de enfermagem melhorou, uma vez que os utentes têm dia e hora marcados para ter a sua consulta.” [E6]

“A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes melhorou porque há mais organização. Melhoramos a nível de acompanhamento de saúde em todo o ciclo de vida do ser humano e contexto familiar.” [E7]

Por outro lado, e reportando aspetos negativos associados ao novo modelo de gestão das USF, nota-se o descontentamento relativamente à inexistência de um profissional de referência/líder de enfermagem. Os participantes referem ainda a desvalorização do trabalho e do papel do enfermeiro, bem como da profissão de enfermagem e das suas especializações:

“Perdemos muito como grupo profissional. É difícil gerir conflitos. Os problemas de enfermagem são desvalorizados. Não há reconhecimento do trabalho de enfermagem por parte dos médicos e secretários clínicos não reconhecem o nosso esforço.” [E2]

“O coordenador das USF é médico e isso não é benéfico para a classe de enfermagem, pois não valorizam o trabalho desempenhado por nós.” [E3]

“...não há um profissional de referência no grupo de enfermagem.” [E5]

“Neste momento é indiferente ter ou não especialidade pois todos exercem as mesmas funções.” [E6]

“Nas USF não se valoriza as especializações de enfermagem. Todos desempenhamos as mesmas funções independentemente se temos ou não uma especialidade.” [E7]

Há aqueles que mencionam a sobrevalorização das estatísticas e indicadores em detrimento do valor do ser humano:

“Foi esquecido o ser humano como um todo, para dar valor às estatísticas e indicadores.” [E8]

“...apenas se valorizam os indicadores de saúde. Não se valoriza a promoção da saúde, (...) independentemente da especialidade que têm, todos desempenham as mesmas funções. Antes eram colocados a desempenhar funções mediante a sua especialidade. Agora não são valorizados pela formação que têm.” [E9]

Implementação do novo modelo de gestão

A implementação de um novo modelo de gestão é acompanhado por vantagens e desvantagens para o profissional de enfermagem e para os utentes das USF. Como principais pontos positivos/vantagens, os participantes identificaram a inserção do enfermeiro de família, a responsabilização, a organização, o aumento da satisfação do utente, a autonomia das USF e o melhor acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Os excertos que se seguem ilustram as vantagens do novo modelo de gestão, realçando a personalização dos cuidados de saúde, melhoria do grau de satisfação dos utentes perante os cuidados prestados:

“Ser enfermeiro de família (...) Cada enfermeiro tem a sua lista de utentes e tem que responder pelos cuidados que lhes presta. Os utentes reconhecem benefícios neste modelo.” [E2]

“...mais responsáveis por cada um tem que responder pelos cuidados que presta aos seus utentes.” [E3]

“...o serviço está mais organizado e o utente sai mais satisfeito (...) Trabalha-se mais individualmente e mais centrado na satisfação do utente.” [E4]

“...sentimento de autonomia de cada USF. Cada USF escolhe grande parte das suas responsabilidades e decisões de acordo com os objetivos que pretende atingir. Há poder de decisão na forma como o grupo pretende trabalhar.” [E5]

“... o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.” [E6]

“O utente sai beneficiado, porque tem enfermeiro de família e médico de família. Os cuidados são muito mais personalizados. O utente demonstra estar mais satisfeito.” [E7]

“...haver mais organização.” [E8]

Um dos participantes refere ainda que *“Não há grandes vantagens, apenas poupar dinheiro (pede-se menos análises e exames e prescreve-se menos medicação e isso poupa dinheiro).” [E8]*

Como principais pontos negativos/desvantagens, os participantes identificaram a inexistência de um líder de enfermagem/ de um representante de cada grupo profissional, a perda do reconhecimento das competências do enfermeiro, a desmotivação, a falta de uniformização dos procedimentos, a sobrevalorização dos indicadores e a desvalorização do ser humano.

Os enfermeiros entrevistados realçam a falta de representatividade do grupo profissional, pelas seguintes expressões:

“O facto de o coordenador ser obrigatoriamente médico (...) deveria de haver um líder de cada grupo profissional que serviria de elo de ligação com o coordenador. O coordenador médico não consegue abraçar todas as leis/regras de trabalho de cada equipa profissional existente na USF.” [E1]

“...os enfermeiros deixaram de ser reconhecidos pelas suas competências. O centro das atenções são os indicadores numéricos a atingir pelos médicos.” [E2]

“...não ter um líder de enfermagem que represente a classe profissional e que avalie os enfermeiros no sentido de se poder melhorar os cuidados que se presta.” [E3]

“...perda pelo valor do ser humano. Há ambição de atingir os indicadores para ganhar mais dinheiro. Outro aspeto negativo é haver um só coordenador da USF que é médico: deveria de haver 1 representante de cada grupo profissional: um médico, um enfermeiro e um assistente técnico.” [E8]

“...os médicos nem sabem atuar quando é necessário assegurar os cuidados de enfermagem, por exemplo nas situações de ausências não programadas.” [E9]

Um participante refere a falta de condutas uniformes na prestação dos cuidados por não haver um líder de enfermagem a dirigir a equipa destes profissionais:

“...se há um profissional que não queira trabalhar numa determinada área, esta ficará comprometida, pois não há hierarquia na enfermagem.” [E5]

Outro enfermeiro manifesta desmotivação no trabalho, fruto da ausência de um líder de enfermagem e falta de uniformização dos procedimentos e que é ilustrado pelas seguintes afirmações:

“...desmotivação dos enfermeiros, uma vez que não há um líder representante do nosso grupo profissional. Há diferentes opiniões na organização, planeamento e execução dos cuidados de enfermagem. Não há uniformização dos procedimentos. Se houvesse um líder, todo este processo era facilitado no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.” [E7]

O desaparecimento da figura do enfermeiro chefe

A ausência do enfermeiro chefe nas USF trouxe efeitos para a carreira de enfermagem e para o cuidado dos utentes. Ao serem inquiridos sobre os efeitos desta ausência, constatou-se que os participantes estão descontentes e consideram que esta alteração apenas trouxe efeitos negativos. Os efeitos negativos desta

ausência centram-se na falta de orientação, perda de autonomia do enfermeiro, falta de proteção, falta de avaliação e supervisão e falta de uniformização dos procedimentos.

As manifestações destas evidências são realçadas pelas seguintes expressões dos participantes:

“Os enfermeiros das USF neste momento não têm quem os oriente.” [E1]

“...perdemos muita autonomia. Em termos de carreira profissional foi muito negativo.” [E2]

“Se houvesse um enfermeiro chefe, os enfermeiros estariam mais protegidos...” [E4]

“...agora não temos quem nos represente. As USF apenas são representadas pelo Coordenador que é médico e não está integrado das funções dos enfermeiros.” [E6]

“...perdemos a supervisão e avaliação dos enfermeiros. (...) não há uniformização de procedimentos porque cada um “trabalha à sua maneira” e nem sempre vai de encontro às necessidades dos utentes e satisfação destes.” [E7]

“O desaparecimento do enfermeiro chefe só criou desorientação. (...) Não temos um representante...” [E8]

“Fez com que deixasse de existir autonomia na gestão e organização dos enfermeiros e dos próprios cuidados de enfermagem. (...) Os médicos não conseguem fazer avaliação correta de um plano de cuidados de enfermagem.” [E9]

Um enfermeiro é de opinião que os enfermeiros das USF estão sobrecarregados com mais trabalho, pois assumem também as funções de gestão:

“Agora temos as funções de enfermeiro chefe distribuídas pela equipa profissional, mas essas funções nem sempre são bem desempenhadas uma vez que há sobrecarga de trabalho para cada enfermeiro da equipa. O ideal era termos um enfermeiro chefe que assumisse as funções de gestão e tivesse uma lista de utentes mais pequena do que os outros enfermeiros.” [E3]

Um dos participantes refere a presença do enfermeiro do Conselho Clínico do ACES. *“Há o enfermeiro chefe do Conselho Clínico do ACES. Como este não está no terreno, há um sentimento de esquecimento e abandono deste profissional. O enfermeiro do Conselho Clínico apenas pode emitir orientações por intermédio do ACES. Não pode interferir na orgânica de cada USF.”* [E5]

A participação efetiva de um líder em enfermagem (enfermeiro principal) na equipa multidisciplinar

Achou-se pertinente averiguar a opinião dos participantes relativamente às vantagens da participação de um líder de enfermagem na equipa multidisciplinar. Na opinião dos participantes um líder em enfermagem traz vantagens à equipa multidisciplinar na medida em que define e organiza os horários, as estratégias de trabalho e a formação em serviço, é o intermediário entre a direção e os enfermeiros, é responsável pela defesa dos direitos do enfermeiro, tem poder na tomada de decisões, impõe respeito entre os pares, traz coesão à equipa e representa a equipa e a enfermagem.

Os entrevistados enfatizam acima de tudo a falta de representatividade do grupo profissional nas USF, como é explícito nas seguintes opiniões:

“...representar a equipa, com o apoio das leis que definem a profissão. Iria definir os horários, estratégias de trabalho...” [E1]

“Seria o interlocutor entre a direção clínica e os enfermeiros (...) responsável pela defesa dos nossos direitos.” [E2]

“...poder para tomar decisões (...) mais respeito pelos direitos dos enfermeiros.” [E7]

“Defender a enfermagem. Representatividade da enfermagem.” [E8]

“Representação da enfermagem. Condução da equipa de enfermagem.” [E9]

Outros fazem alusão à uniformização dos procedimentos, possibilidade de ter um grupo mais coeso e organização da formação em serviço:

“A equipa de enfermagem teria mais apoio, o grupo seria mais coeso, ajudava a uniformizar os cuidados de enfermagem, representava o grupo profissional perante outros grupos, organização da formação em serviço.” [E3]

“Clarificar os processos internos de cada USF: atribuir responsabilidades (...) igualdade de horários de trabalho.” [E5]

“...mais coesão no grupo de enfermeiros (...) mais respeito pelo grupo que ele representa.” [E6]

O enfermeiro líder nas USF

Apesar de a figura de enfermeiro líder não ter lugar nas USF, achou-se pertinente averiguar quais as funções do mesmo caso este papel fosse assumido. As funções destacadas pelos participantes foram de gestão de recursos humanos e de *stock* de material clínico, assiduidade, pontualidade e formação, organização de planos de trabalho e de planos de cuidados, representação de carreira, liderança, moderação de conflitos, negociação, avaliação de desempenho, representação em reuniões internas e externas e coordenação. Podemos contatar este facto pelas seguintes ilustrações dos enfermeiros entrevistados:

“Organização dos planos de trabalho, gestão dos recursos humanos e materiais, em função da procura dos cuidados por parte do utente. Gestão da assiduidade e pontualidade. ...representar nas reuniões de equipas...” [E1]

“Representatividade da carreira, organização dos planos de cuidados. Gestão do stock de material clínico, gestão dos recursos humanos. Seria um líder e não apenas um chefe.” [E2]

“Organizar os horários de trabalho, gestão de stock de material clínico, representar a grupo de enfermeiros da USF, moderar situações de conflitos profissionais.” [E3]

“Realização dos horários dos enfermeiros, gestão de recursos humanos e gestão de material clínico, negociação de vantagens para a equipa, negociação de metas para a equipa. Avaliação do desempenho dos enfermeiros mais adequada por proximidade com a equipa.” [E5]

“Gestão de stock de material, gestão dos recursos humanos, representação dos enfermeiros...” [E6]

“Gestão formativa, gestão de recursos humanos, gestão do material clínico, representatividade dos enfermeiros, nomeadamente em reuniões internas e externas.” [E7]

“Coordenação da equipa de enfermagem da USF e fazer parte da coordenação da própria USF.” [E8]

“Gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, atribuição de funções, pareceres sobre a qualidade, planeamento estratégico.” [E9]

Ausência do líder de enfermagem na equipa da USF: positivo ou negativo para os enfermeiros?

A ausência de um líder de enfermagem na equipa da USF pode trazer consequências positivas ou negativas para os enfermeiros. Analisando as respostas

dos participantes, apenas um referiu uma consequência positiva ao dizer que *“...não há uma pessoa sobrecarregada com as funções de gestão.”* [E3]

Todos os participantes referiram consequências negativas, nomeadamente má organização dos horários e das faltas, falta de reconhecimento, falta de representação da enfermagem, falta de um moderador de conflitos, ausência de uma avaliação justa e ausência da defesa dos direitos e deveres do enfermeiro. Estes aspetos são evidenciados pelas citações dos entrevistados:

“Não funcionamos como uma equipa, cada um organiza o seu horário, gerem as suas ausências, não há ninguém que chame à atenção pelas horas que falta ao serviço.” [E1]

“...falta de reconhecimento do trabalho desempenhado pelos enfermeiros e do trabalho não direto aos utentes (criação e organização dos documentos, criação de estratégias para melhorar os cuidados de saúde prestados).” [E2]

“Não temos representação da enfermagem...” [E3]

“Lamento que não exista legislação que assegure o lugar de responsável de enfermagem.” [E4]

“Não querer mudar, não querer fazer, situações que se tornam difíceis de resolver por não existir um líder no grupo de enfermeiros. Se existisse este líder o diálogo tornava-se mais fácil, resolução de problemas mais rápida. Teríamos possibilidade de ter avaliação mais justa e melhor desempenho perante os utentes.” [E5]

“Existe demasiado poder centrado nos médicos e isso dá origem a possíveis ameaças para com os enfermeiros, casos estes não concordem com as suas decisões (...) falta um líder formal de enfermagem nas USF.” [E6]

“...coordenador da USF que é médico, (...) não está integrado das funções do enfermeiro, não conhece os direitos e deveres dos enfermeiros, mas opina sobre as nossas funções sem conhecimento de causa. Isto acaba por gerar conflito dentro da equipa.” [E7]

“... não temos um representante de enfermagem.” [E8]

“...predomina o líder que fala mais alto e o enfermeiro que está mais próximo em termos de amizade com o coordenador médico.” [E9]

Benefícios do líder de enfermagem na equipa multiprofissional na USF

A existência de um líder de enfermagem na equipa multiprofissional de enfermagem poderia trazer benefícios às USF. Desta forma, os participantes

expressaram as suas opiniões relativamente a esta hipótese. Os benefícios apontados são a representação dos enfermeiros, o respeito pela profissão, a organização do trabalho, a avaliação do desempenho, a maior responsabilização, o melhor funcionamento da USF, a representação do enfermeiro e dos seus direitos e deveres.

Mais uma vez se evidencia a necessidade de representatividade da enfermagem e melhoria da organização do trabalho pelas seguintes afirmações:

“...representaria a classe de enfermagem (...) melhorar a organização e avaliação do trabalho...” [E1]

“...manter o respeito pela classe profissional. As funções de enfermagem não são iguais às do médico, mas ambas são necessárias. (...) Falta alguém que nos lidere e represente.” [E2]

Por outro lado também há enfermeiros que enfatizam a necessidade da avaliação de desempenho dos enfermeiros, como se verifica nas opiniões:

“Teríamos uma pessoa que avaliasse o desempenho dos enfermeiros e representasse a classe.” [E3]

“Melhor organização, gestão e responsabilidade mais evidente (...) melhor funcionamento da USF.” [E5]

“Se tivéssemos um líder de enfermagem nas USF os enfermeiros seriam mais respeitados. A enfermagem teria mais representatividade.” [E6]

“Representatividade do grupo de enfermagem, mostrar que os enfermeiros têm direitos e deveres que têm de ser cumpridos e respeitados por todos dentro de uma USF.” [E7]

“Decisões mais consensuais, mais respeito pela classe de enfermagem.” [E8]

Um dos participantes refere existir um responsável de enfermagem na sua USF e encontra *“...benefícios disso (...) todas as USF deveriam de ter um líder de enfermagem consagrado pela legislação.”* [E4]

Capítulo 7. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados recolhidos, apresenta-se o capítulo que se centra na interpretação dos mesmos. Neste capítulo, pretende-se realizar a ponte entre os resultados auferidos e o conhecimento existente na literatura. Para uma melhor organização da interpretação dos resultados, estes estão ordenados conforme os objetivos definidos.

Esta dissertação teve como objetivo geral conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança na enfermagem nos CSP, na sequência da reestruturação deste contexto a nível nacional. Para isso, definiram-se os seguintes objetivos: conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das USF; identificar as consequências (desafios, problemas, etc.) da ausência de um líder de enfermagem para as USF; perspetivar benefícios para a USF, caso existisse um líder de enfermagem na equipa multiprofissional; e definir as possíveis funções do enfermeiro líder de enfermagem nas USF, caso existisse esta categoria na profissão:

Desde o final do século XX, temos vindo a assistir a uma dinâmica organizacional marcante, carregada de mudanças estratégicas, parcerias, aquisições e fusões, nos diferentes mundos organizacionais (Afonso; 2010:1). No contexto das organizações de saúde isto também é visível, principalmente a partir de 2002 com a transformação de hospitais em hospitais empresa e nos CSP a partir de 2007 com a reforma destes cuidados, como meio de modernizar os cuidados de saúde, orientar para ganhos em saúde e melhorar a acessibilidade, conforme enuncia o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto.

Aliada a esta reforma surge o lançamento e implementação das USF (Despacho Normativo nº 10/2007 de 26 de janeiro) que têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados. Face a estas mudanças e analisando as opiniões dos enfermeiros entrevistados neste estudo, estes identificam aspetos

positivos no novo modelo de gestão implementado nas USF, tais como: melhoria na organização, autonomia das equipas das USF, acessibilidade dos utentes aos CSP e qualidade dos serviços prestados. Verificamos portanto, que estas constatações vão ao encontro do proposto no Decreto-Lei inerente à reforma dos CSP (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto).

Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das USF:

Os enfermeiros deste estudo identificaram repercussões negativas face à inexistência de um líder de enfermagem nas USF. As respostas dos participantes neste estudo foram unânimes, manifestando o descontentamento no que concerne à inexistência de um profissional líder de enfermagem no seio das equipas das USF. Notam uma desvalorização do trabalho e papel do enfermeiro, bem como das suas especializações. Um dos participantes partilha a sua opinião sobre este ponto dizendo que: *“Nas USF não se valoriza as especialidades de enfermagem. Todos desempenham as mesmas funções independentemente se temos ou não uma especialidade”*. Salientaram ainda a má organização dos horários e das faltas, falta de reconhecimento, falta de representação da enfermagem, falta de um moderador de conflitos, ausência de uma avaliação justa e ausência da defesa dos direitos e deveres do enfermeiro.

Antes da implementação das USF existia o enfermeiro chefe, nos designados Centros de Saúde, contudo, a partir de 2007, a legislação não contempla a existência deste líder/responsável de enfermagem no seio das USF. A opinião dos enfermeiros neste estudo aponta para uma crescente desmotivação, falta de coesão dentro do grupo e falta de hierarquia na enfermagem, fruto da ausência de um líder nas equipas. Fradique e Mendes (2013) no estudo que realizaram sobre efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, concluíram que a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros são profissionais que interferem diretamente com a qualidade dos cuidados que prestam. Constataram também, *“(...) que essa qualidade depende de forma significativa do “líder” e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos.”* (Fradique e Mendes, 2013:52).

Parafraseando Gaidzinski *et al* (2004:465), “*Não há mais como negar a importância da função de liderança como elemento chave na enfermagem, visto numa perspectiva de favorecimento dos interesses do grupo profissional e contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem aos utentes.*”

Identificar as consequências (desafios, problemas, etc.) da ausência de um líder de enfermagem para as USF:

Os enfermeiros deste estudo, ao serem inquiridos sobre os efeitos da ausência de um líder de enfermagem nas USF, manifestaram descontentamento e consideram que esta alteração apenas trouxe efeitos negativos. Os efeitos negativos desta ausência centram-se na falta de orientação, perda de autonomia do enfermeiro, sobrecarga para os enfermeiros de equipa, falta de proteção, falta de avaliação e supervisão e falta de uniformização dos procedimentos.

Num estudo realizado por Rosengren *et al* (2007), que teve como finalidade conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a importância da liderança em enfermagem, conclui-se que o afastamento dos líderes de enfermagem constitui um obstáculo ao crescimento da equipa e à melhoria dos cuidados de enfermagem.

Clavelle *et al* (2012) desenvolveram um estudo nas Organizações Magnet e constataram que era atribuído um destaque especial ao enfermeiro chefe como um líder transformacional. Este incrementa uma forte visão, comunica expectativas de forma eficiente, participa no desenvolvimento de habilidades por parte dos seus colaboradores e ajuda a organização a atingir os seus objetivos estratégicos. Apuraram também, que a liderança transformacional é vista como um elemento fulcral na gestão da prática de enfermagem e destacam em particular a comunicação aberta, a inspiração, entusiasmo, a mudança positiva na cultura organizacional e a partilha de decisões. Candeias *et al* (2011) explicam o conceito de *Magnet Hospital* e referem que este surgiu nos anos 80, nos Estados Unidos da América, em virtude de um estudo que realizaram para avaliar quais eram os hospitais mais atrativos para os enfermeiros trabalharem e quais tinham melhor política para manter estes recursos humanos na sua organização.

Perspetivar benefícios para a USF, caso existisse um líder de enfermagem na equipa multiprofissional:

Quando colocados perante a hipótese de existência de um líder de enfermagem nas equipas das USF, e eventuais benefícios, os participantes enunciam alguns deles: representatividade da profissão, melhoria na organização do trabalho e possibilidade de avaliação do desempenho de cada enfermeiro. É de salientar que um participante referiu que na sua USF existe um responsável de enfermagem e encontra benefícios nisso (“(...) *Todas as USF deveriam ter um líder de enfermagem consagrado pela legislação.*”). A decisão desta equipa não pode ser divulgada aquando auditorias por parte da Entidade Reguladora da Saúde, pois seriam penalizados na sua avaliação, contudo já foi uma ideia seguida em outras USF, mas eliminaram-na por essa razão.

Relembrando o pensamento de Allender e Spradley (2001), nem todos os enfermeiros percebem ou aspiram ser líderes, no entanto, e conforme refere Gaidzinski *et al* (2004), a competência para liderar é algo que se aprende ao longo de décadas e está dependente das políticas de desenvolvimento do pessoal das organizações. Gaidzinski *et al* (2004) acrescenta que o clima organizacional pode encorajar e ajudar a desenvolver potencial para liderar os seus trabalhadores ou, de forma contrária, pode criar obstáculos ao desenvolvimento dessa capacidade. Organizações muito controladoras normalmente dificultam o processo de liderança e, portanto, não permitem que as pessoas se desenvolvam e cresçam.

Gaidzinski *et al* (2004) consideram a liderança como um fenómeno grupal que envolve a influência de um indivíduo sobre os outros. Segundo estas autoras (2004), a liderança na enfermagem é uma habilidade a ser desenvolvida de forma contínua, considerando as dimensões organizacional, interpessoal e individual. Reconhecem a importância do grupo para uma liderança responsável e ética, visando a procura contínua do conhecimento, a existência de confiança mútua e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Gaidzinski *et al*, 2004).

Cunha *et al* (2016) defendem que a influência do líder sobre a vida da organização é real, seja esta pequena ou grande, positiva ou negativa.

Definir as possíveis funções do enfermeiro líder de enfermagem nas USF, caso existisse esta categoria na profissão:

Analisando as funções de um líder de enfermagem nas USF, caso este existisse e na perspectiva dos participantes do estudo, estas centram-se em: gestão de recursos humanos e *stock* de material clínico, assiduidade, pontualidade, formação, organização de planos de trabalho, representação da carreira, liderança, moderação de conflitos, negociação, avaliação de desempenho, representação em reuniões internas e externas e coordenação. No contexto das USF em Portugal, como não existe líder de enfermagem, estas e outras funções do enfermeiro chefe contempladas no Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro, ficam desvanecidas e acabam por ser distribuídas pelos enfermeiros destas unidades e algumas delas não são executadas por ninguém, como é exemplo da avaliação de desempenho dos enfermeiros e da representatividade do grupo profissional.

Recentemente, Nunes e Gaspar (2016), num estudo realizado em contexto hospitalar, concluíram que os enfermeiros líderes têm um papel fundamental, contribuindo positivamente para a satisfação dos utentes. Neste estudo, os autores (2016:6), constataram também que “(...) *os enfermeiros líderes são um elemento chave da dinâmica das equipas que lideram, têm um papel preponderante na criação de ambientes de trabalho apoiantes e fornecedores de orientação, através da interação e relacionamento que estabelecem com cada elemento da equipa e com os pacientes (...)*”. Posto isto, Nunes e Gaspar (2016:6), enunciam que os enfermeiros líderes têm a responsabilidade de assegurar “(...) *a implementação da missão, valores e princípios definidos pela gestão de topo, tendo como ferramenta de eleição a liderança relacional.*”

Marília Neves (2012) na revisão sistemática que realizou sobre o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em CSP apurou que, na Irlanda (O’neill e Cowman, 2008), se evidenciou a necessidade de um líder nas equipas, pois este incentiva ao trabalho coletivo e facilita o desenvolvimento a nível pessoal. Por outro lado, os líderes são vistos como elementos essenciais, facilitadores do trabalho em equipa eficaz e da comunicação, assim como impulsionadores da tomada de decisão. Estas evidências vêm ao encontro das opiniões dos participantes deste estudo, que denotam importância na presença de um líder nas equipas das USF, como é exemplo a citação de um deles: “(...) *situações que se tornam difíceis de resolver por não existir um líder no grupo de enfermeiros. Se*

existisse este líder o diálogo tornava-se mais fácil, resolução de problemas mais rápida.”

Segundo Sanna e Neves (2016) a liderança em enfermagem tem por base a percepção de que liderar consiste em manter os elementos do grupo coesos, com a finalidade de alcançar os objetivos profissionais. As mesmas autoras (2016:118), neste estudo retrospectivo que fizeram, concluíram que as líderes de enfermagem tinham “(...) *grande capacidade de trabalho, envolvimento com a ação educadora, e eram modelo de dedicação e firmeza de convicções, além de estarem comprometidas com a defesa da classe. (...)*”. Transpondo para a nossa investigação, deparamo-nos com opiniões semelhantes relativamente aos benefícios de um líder de enfermagem nas USF, caso este existisse. São exemplos dados pelos entrevistados, a representatividade da classe de enfermagem, melhor organização e avaliação do trabalho e defesa pelos direitos e deveres dos enfermeiros.

Capítulo 8. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

No final do estudo, torna-se pertinente fazer uma retrospectiva sobre a forma como este decorreu e apresentar as principais conclusões e limitações do mesmo bem como recomendações futuras. À semelhança da interpretação de resultados, para uma melhor organização das principais conclusões, estas estão ordenadas conforme os objetivos definidos.

O interesse pelo tema surge na sequência da reorganização dos CSP, nomeadamente com a criação das USF. Fruto do novo modelo de gestão operado neste setor, assistimos a um desvanecimento do enfermeiro líder e portanto aspirou-se perceber se a liderança em enfermagem ainda é notada como importante para a profissão no âmbito dos CSP.

A literatura apresenta um leque alargado de informação sobre a liderança nos vários contextos de trabalho mais especificamente na área da saúde, no entanto existe pouca evidência científica/académica sobre a ausência de liderança e os seus efeitos.

Assim, sentiu-se a necessidade de estudar a perceção dos enfermeiros, a exercerem funções em USF, relativamente ao “esvaziamento” da liderança da enfermagem no contexto de CSP. Traçaram-se como objetivos, conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das USF; identificar as consequências (desafios, problemas, etc.) da ausência de um líder de enfermagem para as USF; perspetivar benefícios para a USF, caso existisse um líder de enfermagem na equipa multiprofissional; e definir as possíveis funções do enfermeiro líder de enfermagem nas USF, caso existisse esta categoria na profissão.

Pela análise e interpretação dos dados, os resultados encontrados respondem às questões orientadoras do estudo, evidenciando a importância de um líder de enfermagem nas equipas das USF.

Os enfermeiros deste estudo identificaram consequências negativas face à inexistência de um líder de enfermagem nas USF. Manifestam descontentamento face a esta situação, denotando uma desvalorização do seu trabalho, falta de

representação da enfermagem, falta de um moderador de conflitos, ausência de uma avaliação justa e ausência da defesa dos direitos e deveres do enfermeiro.

Relativamente às consequências associadas à ausência de um líder de enfermagem nas USF, os enfermeiros deste estudo, apontam apenas aspetos negativos. Estes centram-se na falta de orientação, perda de autonomia do enfermeiro, sobrecarga para os enfermeiros de equipa por desempenharem as funções de cuidados diretos ao utente mais as inerentes à gestão, falta de proteção, falta de avaliação e supervisão e falta de uniformização dos procedimentos.

Na perspetiva dos participantes, a existência de um líder de enfermagem nas equipas das USF poderia trazer benefícios. Alegam que seria possível alcançar a representatividade da profissão, melhoria na organização do trabalho e poderia existir a possibilidade de avaliação do desempenho dos enfermeiros.

Caso existisse a figura de líder de enfermagem nas USF, os enfermeiros enunciam as possíveis funções a desempenhar por este, tais como, gestão de recursos humanos e *stock* de material clínico, assiduidade, pontualidade, formação, organização de planos de trabalho, representação da carreira, liderança, moderação de conflitos, negociação, avaliação de desempenho, representação em reuniões internas e externas e coordenação.

Concluiu-se portanto, que os enfermeiros reconhecem ausência de liderança na enfermagem no seio das equipas das USF e que se viria a beneficiar caso existisse um líder da profissão. Para além dos ganhos para equipa de enfermagem, também se viria a alcançar melhoria na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este facto vai ao encontro do que é reportado na literatura, que evidencia que o enfermeiro líder tem um papel fulcral nas equipas, contribuindo para a melhoria da comunicação interpessoal, organização laboral, coesão do grupo e melhoria dos cuidados de enfermagem.

8.1. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Este estudo não é isento de limitações e a mais notável foi a escassez de tempo. Outra limitação reconhecida foi a pequena dimensão da amostra do estudo. Desta forma, seria pertinente alargar o estudo a nível nacional para perceber se a existência de um líder de enfermagem nas USF é sentido de igual forma nos

diferentes locais.. Seria igualmente interessante perceber quais são os estilos de liderança que mais satisfazem os enfermeiros liderados e aqueles que mais contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, a escassez de estudos sobre ausência de liderança nas organizações também dificultou a discussão e comparação dos resultados obtidos.

No entanto, este estudo contribuiu para ampliar a compreensão sobre a percepção da ausência de liderança em enfermagem por parte dos enfermeiros. Essas informações podem ser essenciais para repensar a reestruturação dos modelos de gestão no contexto dos CSP, mais concretamente na enfermagem. Também contribuiu para a compreensão da importância da liderança na enfermagem, pois assume um papel fundamental para a melhoria dos cuidados prestados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P. (2010). *Liderança: Elementos-Chave do Processo*. 2ª Edição. Escolar Editora.

Allender, J. & Spradley, B. (2001). *Community Health Nursing. Concepts and Practice*. Fifth Edition.

Amador, O. *et al* (2010). *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* Edições Almedina, SA. Coimbra.

Araújo, A. *et al* (2012). *Percepções de enfermeiros recém-formados sobre a prática de liderança no ambiente hospitalar*. Journal of Nursing and Health, 2(2), 398–409. Acedido em 21 de abril de 2017, em: http://scholar.google.pt/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%B5es+de+enfermeiros+rec%C3%A9mformados+sobre+a+pr%C3%A1tica+de+lideran%C3%A7a+no&hl=ptPT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwjXr87qybbTAhXjKcAKHThsCtIQgQMIIDAA

Balsanelli, A., (2006). Liderança no Contexto da Enfermagem. Ver. Es. Enferm. USP. 2006; 40(1):117-22. Acedido em 27 de abril de 2017, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a16v40n1>

Bell, J. (1997). *Como realizar um Projeto de Investigação*. Gradiva, Publicações, Lda. Lisboa.

Bilhim, J. (2016). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. 5ª Edição. Edições: ISCSP. Lisboa.

Cabral, Nazaré *et al* (2010). *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* Edições Almedina, SA. Coimbra.

Candeias, A., *et al* (2011). *Hospital Magneto: qual o Conceito?* Acedido em 27 de abril de 2017, em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17150/1/2%C2%AA%20vers>

[%C3%A3o Poster Hospital%20Magnet-
Estudo%20do%20Conceito Analisa%20Candeias%20et%20al.pdf](#)

Carvalho, Mário J. (2013). *Gestão em Saúde em Portugal – Uma Década Perdida*. Vida Económica – Editorial, SA. Porto.

Ceitel, Mário (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. 2ª Edição. Edições Sílabo, Lda.

Clavelle, Joanne, *et al* (2012). *Transformational Leadership Practices of Chief Nursing Officers in Magnet Organizations*. The Journal of Nursing Administration. Volume 42, Number 4. Acedido em 14 de abril de 2017, em: https://www.researchgate.net/profile/Joanne_Clavelle/publication/221970212_Transformational_Leadership_Practices_of_Chief_NursingOfficers_in_MagnetROrganizations/links/0912f50c0a46aa86d8000000/Transformational-Leadership-Practices-of-Chief-Nursing-Officers-in-MagnetR-Organizations.pdf

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Acedido em 11 de abril de 2017, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf

Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de outubro (Diário da República, 1ª Série – B, Nº 196). Acedido em 23 de novembro de 2016, em: <http://www.dre.pt>

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2008). *Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*.

Cunha, Maria José dos Santos (2009). *Investigação Científica: Os Passos da Pesquisa Científica no âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Editora Ousadias.

Cunha, M. & Rego, A. (2009). *Manual de Gestão Transcultural de Recursos Humanos*. Editora RH, Lda.

Cunha, M., *et al* (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (2ª Edição). Edições Sílabo.

Cunha, M., *et al* (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (8ª Edição). Editora RH, Lda. Lisboa.

Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de novembro (Diário da República, Série I – A Nº 257). Acedido em 19 de novembro de 2016, em: <https://dre.pt/application/file/a/331930>

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril (Diário da República, Série I – A Nº 77). Acedido em 23 de novembro de 2016, em: <http://www.dre.pt>

Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto (Diário da República, 1ª Série Nº 161). Acedido em 23 de novembro de 2016, em: <http://www.dre.pt>

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro (Diário da República, 1ª Série Nº 38). Acedido em 23 de novembro de 2016, em: <http://www.dre.pt>

Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro (Diário da República, 1ª Série, Nº 184). Acedido em 19 de novembro de 2016, em <http://www.dre.pt>

Despacho Normativo Nº 10/2007, de 26 de janeiro de 2007 (Diário da República, 2ª Série Nº 19). Acedido em 12 de fevereiro de 2017, em: <http://www.dre.pt>

Faria, B. (2014). *Narrativas de Liderança: Um Estudo Exploratório*. Dissertação apresentada à Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.

Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.

Gaidzinski, Raquel *et al* (2004). *Liderança: Aprendizado Contínuo no Gerenciamento em Enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília

(DF). 2004 jul- ago; 57(4). Acedido em 15 de abril de 2017, em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a15.pdf>

Gelbcke, F. et al (2009). *Liderança em Ambientes de Cuidados Críticos: Reflexões e Desafios à Enfermagem Brasileira*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2009 jan-fev; 62 (1). Acedido em 14 de abril de 2017, em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019601020.pdf>

Fradique, M. & Mendes, L. (2013). *Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, III Série - nº 10 - julho de 2013. Acedido em 14 de abril de 2017, em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

Jesuíno, J. (2005). *Processos de Liderança*. Livros Horizonte, Lda.

Lanzoni, G., et al (2013). *Liderança do Enfermeiro: Elemento Interviente na Rede de Relações do Agente Comunitário de Saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem. Acedido em 27 de abril de 2017, em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>

Morais, L. (2010). *Liderança e Estratégia em contexto de Inovação nas Organizações de Saúde: Estudos de Caso*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Acedido em 7 de dezembro de 2016, em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5253/1/RUN%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Luis%20Manuel%20Dias%20Fialho%20de%20Morais.pdf>

Nunes, E. & Gaspar, M. (2016). *A Liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016 junho; 37(2):e55726. Acedido em 13 de abril de 2017, em: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.55726>

Neves, Marília (2012). *O Papel dos Enfermeiros na Equipa Multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão Sistemática da Literatura*. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 8 – dezembro de 2012. Acedido em 12 de abril de 2017, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a13.pdf>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Editora Gradiva.

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Legis Editora, Porto.

Rodrigues, L., et al (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Edições Colibri.

Rosengren K, et al (2007). *Presence and Availability; Staff Conceptions of Nursing Leadership in an Intensive Care Unit*. Journal of Nursing Management 15: 522–9. Acedido 15 de abril de 2017, em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00712.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.diva-

Sanna, M. & Neves, A. (2016). *Exercício da Liderança de 1926 a 1974 por Enfermeiras Dirigentes de uma Entidade de Classe*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº 8 – jan./fev./mar. 2016. Acedido em 15 de abril de 2017, em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15046>

Sendas, Sandra (2009). *Investigação de Doutoramento. Perturbação de Stress Pós - Traumático em ex. - Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: aspetos autobiográficos de vulnerabilidade e análise da elaboração de significado e construção narrativa das vivências de guerra*. Universidade do Minho. Acedido em 20 de dezembro de 2016, em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10880/3/Instrumentos.pdf>

Simões, Jorge et al (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*. Edições Almedina, SA.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª Edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Anexo A

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Mudança organizacional e “esvaziamento” da liderança? Perceção dos Enfermeiros nos cuidados de saúde primários

Carla Cristina Ferreira Coelho

Sob orientação:

Professora Doutora Regina Leite

Consentimento Informado

Estamos a solicitar a sua participação num estudo sobre a liderança em enfermagem.

Este estudo tem como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à ausência de liderança em enfermagem no contexto das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Tendo em conta a alteração da carreira de enfermagem em 2009 e as mudanças organizacionais ocorridas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a partir de 2007, nomeadamente com a criação das USF, pretendemos auscultar a opinião dos enfermeiros a exercer funções nestas unidades no que respeita ao “desvaneio” da liderança em enfermagem.

Esta entrevista será voluntária, pelo que em qualquer momento poderá interromper a mesma.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é necessário proceder à gravação áudio desta entrevista.

Tudo o que disser será estritamente confidencial, pois os resultados serão codificados.

Gostaríamos de saber se aceita a realização da entrevista e a gravação da mesma.

Data: __/__/__

Assinatura do investigador

Assinatura do participante

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Idade: _____
2. Género: _____
3. Anos de profissão como enfermeiro: _____
4. Habilitações Académicas: _____
5. Tem alguma especialidade em enfermagem? _____
6. Já exerceu funções de gestão/ liderança em enfermagem? Quantos anos?

7. Como interpreta as mudanças ocorridas nos CSP, em particular as decorrentes do novo modelo de gestão implementado nas USF? (expectativas em relação à mudança, dificuldades sentidas na transição, etc.).

8. Que vantagens resultaram da implementação do novo modelo de gestão? E quanto às consequências negativas do mesmo? (Pedir para identificar vantagens e desvantagens e dar alguns exemplos).

- 9.** Como avalia o desaparecimento da figura do enfermeiro chefe? Que efeitos teve na prática a ausência de um líder formal em enfermagem? (Pedir para identificar efeitos positivos e negativos da ausência de liderança formal no novo modelo das USF).

- 10.** Que vantagens teria a participação efetiva de um líder em enfermagem (enfermeiro principal) na equipa multidisciplinar?

- 11.** Que funções deveriam ser assumidas pelo enfermeiro líder (caso esta figura existisse) nas USF?

- 12.** Identifique algumas consequências, negativas ou positivas, pelo facto de não haver líder de enfermagem na equipa da USF a que pertence?

- 13.** Na sua opinião, a USF poderia ter benefícios, caso existisse um líder de enfermagem na equipa multiprofissional? Se sim, indique alguns desses benefícios.

Obrigada pela participação!